Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Hildebrand)

Mischgeschwülste der Glandula submaxillaris

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.**

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

Johannes Noack
aus Petkus

Tag der Promotion: 4. Dezember 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n : Prof. Dr. **Killian**

R e f e r e n t e n : Prof. Dr. **A. Köhler**

Prof. Dr. **Hildebrand.**

Die Mischgeschwülste der Glandula submaxillaris sind im Vergleich zu denen der Parotis selten. Ueber ihre Aetiologie ist ebensowenig, wie bei den anderen Geschwülsten etwas Sicheres bekannt. Der Sitz der Tumoren ist die Regio submaxillaris. Gewöhnlich sitzen die Tumoren breitbasig auf, doch können sie auch sehr stark prominieren und sogar Stielung annehmen. Die Form ist gewöhnlich länglich-oval. Die Oberfläche ist glatt oder gelappt, zuweilen finden sich fühlbare Knoten. Die Konsistenz ist sehr verschieden. Kleine Tumoren sind derb, größere weich oder auch fluktuierend. Beschwerden fehlen im allgemeinen, größere Tumoren können rein mechanische Beschwerden verursachen. In den ersten Jahren wachsen die Tumoren sehr wenig, später aber etwas schneller. Dann können die Tumoren malignen Charakter annehmen und bösartig wie Karzinome werden. Unsere Tumoren sind stets von einer bindegewebigen Kapsel umgeben. Von der Kapsel gehen bindegewebige Septen in das Innere, wodurch lappiger Bau entsteht. Im Inneren kommen Erweichungszysten vor. Das histologische Bild ist sehr bunt. Man unterscheidet Stroma und Parenchymstruktur. Das Parenchym besteht aus Zellmassen, die in Zellhaufen oder Zellzügen angeordnet sind und sich netzartig verzweigen. Innerhalb der Zellhaufen sieht man häufig Hohlräume, die mit kolloidem oder hyalinem Inhalt angefüllt sind. Dazwischen liegen oft Haufen von Epidermiszellen. Das Stroma besteht in der Hauptsache aus Bindegewebe, Schleim- und Knorpelgewebe und einer hyalinen Substanz. Ferner kommen Kalkeinlagerungen öfter vor, Fettgewebe dagegen selten. Parenchym und Stroma sind oft nicht scharf getrennt, sondern gehen ineinander über, wodurch sehr bunte Bilder entstehen. Die Ansichten über die Art der Zellen, welche die Mischgeschwülste zusammensetzen sind getrennt. Im wesentlichen bestehen zwei Anschauungen. Nach der einen sind die Zellen als gewucherte Endothelien der Saft- und Lymphspalten aufzufassen, die Tumoren wären also von bindegewebiger Abkunft, nach der andern sind die Zellen als Epithelien anzusprechen. Hauptvertreter der endothelialen Theorie sind Volkmann, Nasse, Küttner, die der epithelialen sind Ribbert, Hinsberg, Wilms. Neuerdings gewinnt die epitheliale Theorie aber immer mehr Anhänger. Ueber die Pathogenese sind sich die Autoren ebenfalls nicht einig. Einige Autoren lassen die Tumoren aus dem fertigen Drüsengewebe entstehen oder aus dem präexistierenden

Gewebe durch Metaplasie und geschwulstartige Entartung. Heute wird allgemein angenommen, daß eine Entwicklungsstörung zugrunde liegt. Die Diagnose ist leicht zu stellen, langsames, schmerzloses Wachstum und besonders die freie Verschieblichkeit gegen die Unterlage zeichnen die Tumoren aus. Differentialdiagnostisch kommen für kleine Tumoren Lymphome und gewisse Lymphdrüsenhyperplasien in Frage. Die Prognose ist günstig, Metastasen kommen selten vor. Die Therapie besteht in der Exstirpation, die sehr leicht auszuführen ist, da die Tumoren gut abgekapselt sind. Nur muß auf gründliche Entfernung geachtet werden, um Rezidive zu vermeiden.

Der erste der drei von mir untersuchten Tumoren zeichnet sich durch die schleimige Degeneration im Innern aus, wo sich zystische Hohlräume vorfinden. Am Rande der Geschwulst kann man noch die typische Septenbildung verfolgen, die sich aber nach dem Innern zu immer mehr verwischt, infolge der schleimigen Degeneration.

Bei Tumor 2 ist dagegen die Septenbildung sehr deutlich ausgeprägt. Stroma und Parenchym sind deutlich von einander getrennt. An Menge überwiegt das Parenchym. Degenerationsprozesse stehen ganz im Hintergrund, geringe schleimige Degeneration. Im Vordergrund steht der große Zellreichtum, wodurch der Tumor an sarkomatösen Bau erinnert. Tumor 3 zeigte ebenfalls Stroma- und Parenchymstruktur, jedoch sind beide nicht überall scharf getrennt, es scheint so, als ob die Zellen des Parenchyms allmählich in das Schleimgewebe des Stromas übergehen. Die Zellen des Parenchyms sind klein und vielgestaltig, bald spindelig und geordnet, wie im Spindelzellensarkom. Das Stroma besteht aus sternförmigen Schleimgewebszellen und fibrillärem Bindegewebe.

Wollte man die Tumoren mit spezifischen Namen belegen, so könnte man sie mit Myxom, Sarkom und Myxosarkom bezeichnen, man würde damit aber nur e i n Charakteristikum treffen, während die Bezeichnung Mischgeschwulst mehr allgemeiner gehalten ist.